OUDERENBELEID GERICHT OP DE TOEKOMST

II

ZORG VOOR LATER VAN NU

B
820

Zorg voor later, zorg van nu

3 Voorwoord
5 Nederland vergrijst
5 Zorgvraag groeit
7 Zorg voor elkaar
7 Om welke voorzieningen gaat het?
9 De ontwikkeling 1981-1985
11 De demografisch bepaalde ontwikkeling 1985-2000
11 Wanneer wordt hulp gevraagd?
12 Plannen en werkelijkheid
13 Bijvoorbeeld
13 Schuiven in het zorgaanbod
14 Substitutiemodel
15 Samenwerken
17 Financiële besparingen
19 Blijft zorg betaalbaar?
19 Tenslotte . . .
20 Tabellen
27 Literatuur

Voorwoord

Ouderen en jongeren in onze samenleving mogen zich verheugen in een toenemende levensverwachting. De sterk verbeterde levensomstandigheden hebben bijgedragen aan wat wel de 'vergrijzing' van de samenleving wordt genoemd. Een gezonde oude dag blijkt gelukkig voor steeds meer mensen weggelegd. Ook wordt een sterker beroep door ouderen op de hulp- en zorgverlening gedaan. Dit betekent echter wel een verschuiving in de vraag naar diensten en voorzieningen. De overheid kan noch wil hieraan voorbijgaan.
In verschillende nota's heeft het ministerie van WVC duidelijk gemaakt, hoe het beleid voor de toekomst hierop inspeelt.
Deze brochure trekt een rode draad door de verschillende studies en plannen van het ministerie. Een literatuurlijst treft u achterin in deze brochure aan. Op deze wijze hoop ik de publieke discussie over deze vraagstukken te stimuleren. Als we de zorg op peil willen houden dan zullen wij in Nederland dat samen moeten betalen.
De ouderen, waartoe ook eens de jongeren van nu zullen behoren, hebben recht op onze blijvende zorg!

De minister van WVC,

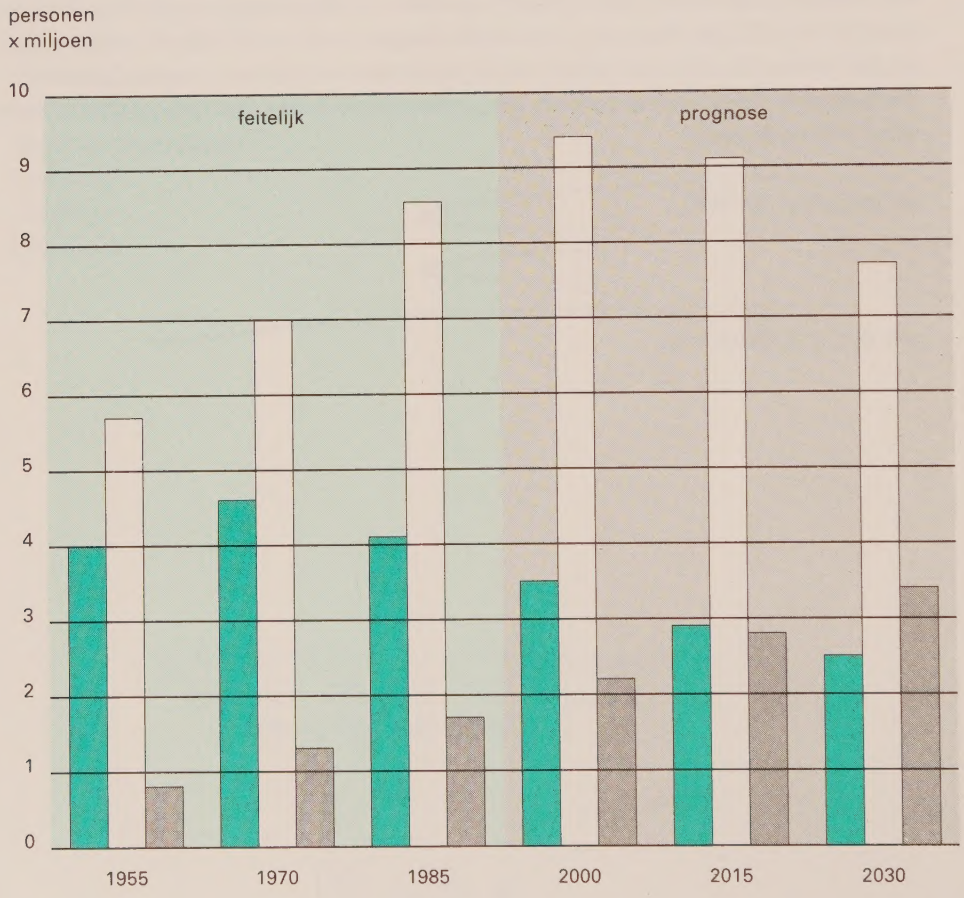
mr. drs. L. C. Brinkman

Nederlands Instituut voor Gerontologie
Postbus 1207 - 6501 BG Nijmegen
Telefoon 080 - 22 81 90

B 1820 (II)

Grafiek 1

Opbouw van Nederlandse bevolking naar leeftijd van 1955 tot 2030



Bron 'CBS', prognose december 1984, 'midden-variant'

Nederland vergrijst

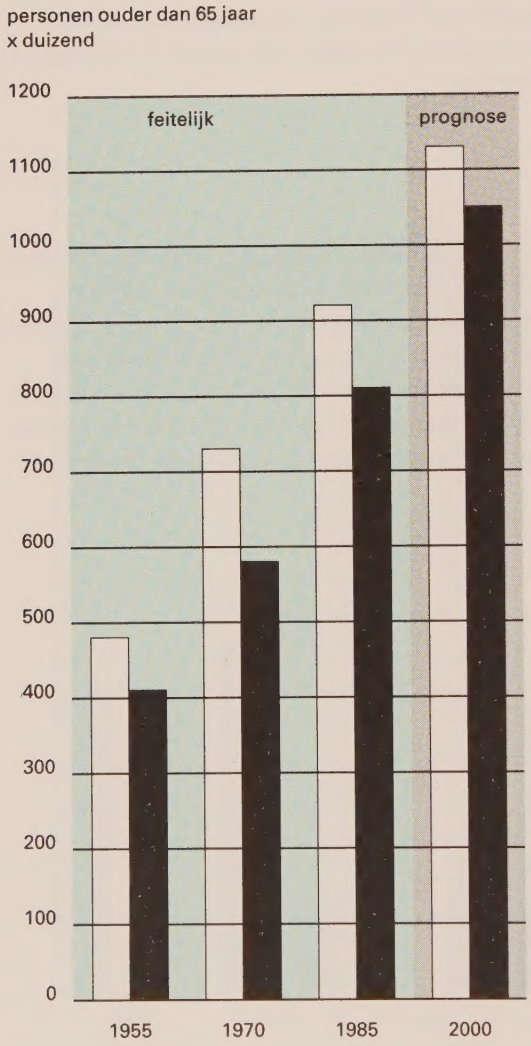
Steeds meer mensen in ons land bereiken een hoge leeftijd. Het aantal ouderen groeit en zij vormen een steeds groter wordende groep in de samenleving. Kort gezegd: Nederland vergrijst. In de komende jaren zet deze ontwikkeling zich versterkt voort. De zorg voor ouderen is daarom niet alleen een zorg van nu, maar vooral ook een zorg voor de toekomst. De samenleving kan daaraan niet voorbijgaan, want ook in de toekomst zullen ouderen en jongeren hulp en zorg nodig hebben. Deze zorg en hulp zullen zich moeten aanpassen aan de zich wijzigende samenstelling van de bevolking. Dat gaat niet vanzelf. Er is beleid nodig om daar de goede richting aan te geven.

Zorgvraag groeit

In Nederland wonen de meeste mensen van 65 jaar en ouder thuis. Een groeiende groep bereikt de hoge leeftijd van 80 jaar en ouder. In Nederland staat de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening op een hoog peil. Daardoor is het voor vele bejaarden mogelijk langer in goede gezondheid te leven en zelfstandig aan het maatschappelijk leven te blijven deelnemen. Ouderen doen vaker een beroep op zorgvoorzieningen dan jongeren. Nu niet alleen het aantal bejaarden groeit, maar ook steeds meer mensen tachtig jaar en ouder worden neemt de vraag naar zorg toe.

Grafiek 2

Burgerlijke staat van Nederlandse bevolking, ouder dan 65 jaar van 1955 tot 2000



ongehuwd, gescheiden of weduwstaat

gehuwd

Bron 'CBS', prognose december 1984, 'midden-variant'

Zorg voor elkaar

Gelukkig gebeurt het niet vaak, dat iemand onmiddellijk een beroep op zorgvoorzieningen moet doen. Mensen helpen zoveel mogelijk elkaar. Bejaarden kunnen vaak terugvallen op familie, leeftijdgenoten, buren of kennissen. Een groot deel van de totale bejaardenverzorging bestaat uit deze 'informele zorg'. Het zou mooi zijn wanneer deze zorg ook in de toekomst op zo'n grote schaal blijft bestaan. De verwachtingen zijn evenwel niet bijzonder gunstig. De samenstelling van de Nederlandse bevolking naar leeftijdsgroepen verandert. Daarbij neemt in de toekomst het aantal jongeren af. In de eenentwintigste eeuw zien we een sterke toename van het aantal ouderen, vooral doordat ouderen steeds ouder worden. De eerst aangewezen persoon om te helpen, de partner, is veelal weggevallen. Er zijn niet alleen weduwen en weduwnaars, ook zijn in de toekomst mensen alleen omdat ze ongehuwd zijn gebleven of op jongere leeftijd gescheiden. Er zijn minder eigen kinderen die lang niet altijd in de buurt wonen en bovendien ook al een dagje ouder zijn. De groep hoogbejaarden bestaat bovendien voor een groot deel uit alleenstaande vrouwen met een laag inkomen. Zij zijn aangewezen op zorg, betaald door de samenleving. Naast de ouderen zelf moeten mensen met een baan de groter wordende vraag naar zorgvoorzieningen opvangen. Niet alleen financieel via belastingen en premies, voor een deel ook door het vervullen van banen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

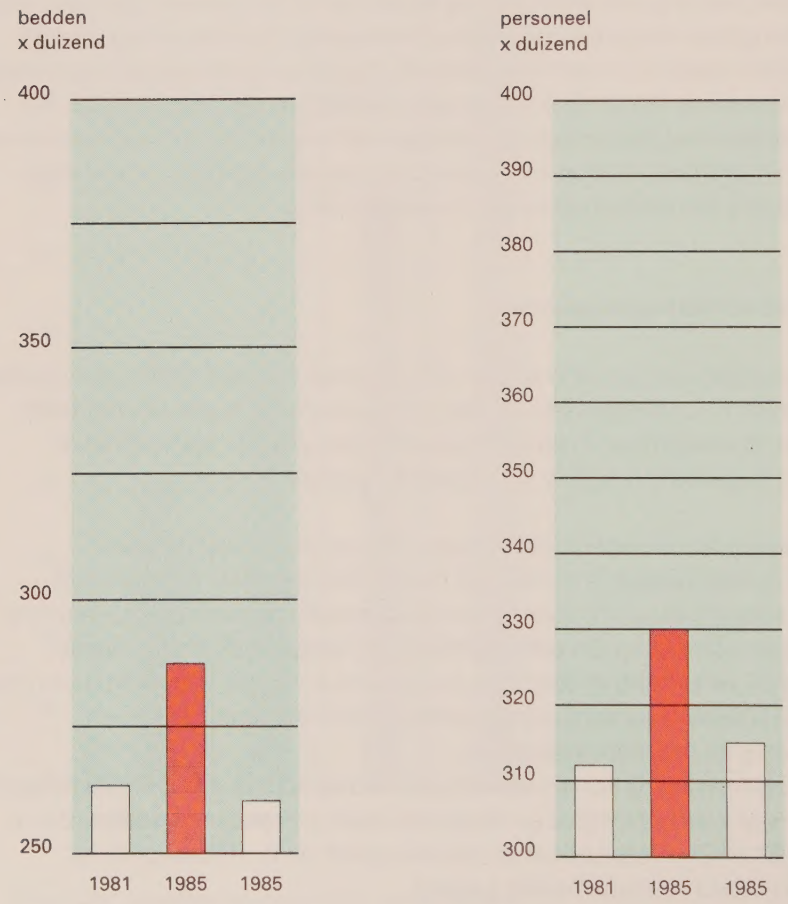
Om welke voorzieningen gaat het?

Deze brochure bestrijkt tien vormen van zorg, waarop mensen kunnen terugvallen:
1. ziekenhuizen; 2. verpleeghuizen; 3. specialistische hulp; 4. geneesmiddelen; 5. huisartsen; 6. tandartsen; 7. uitwendige geneeswijzen (bv. fysiotherapie); 8. kruiswerk; 9. gezinsverzorging; 10. bejaardenoorden.

Met uitzondering van de laatste zijn al deze voorzieningen voor iedereen beschikbaar of men nu oud is of niet. Het betreft voor een deel zogenaamde intramurale voorzieningen (1, 2 en 10) waarin mensen worden opgenomen voor behandeling en verzorging. De extramurale voorzieningen (5, 8 en 9) bieden behandeling en verzorging zonder dat van opname sprake is. In toenemende mate vervullen de intramurale voorzieningen ook semimurale functies als dagbehandeling en maaltijdverstrekking.
In het totaal bedroegen de kosten van dit voorzieningenpakket in 1985 30 miljard gulden. Daarvan werd 21 miljard gulden betaald uit collectieve middelen, d.w.z. premies AWBZ en Ziekenfondswet en belastinggeld via de Rijksbegroting.
De overige 9 miljard werd particulier betaald.

Grafiek 3/4

Demografische projectie en feitelijke ontwikkeling van aantallen bedden en personeel van 1981 tot 1985 (zie ook tabel 1)



feitelijk

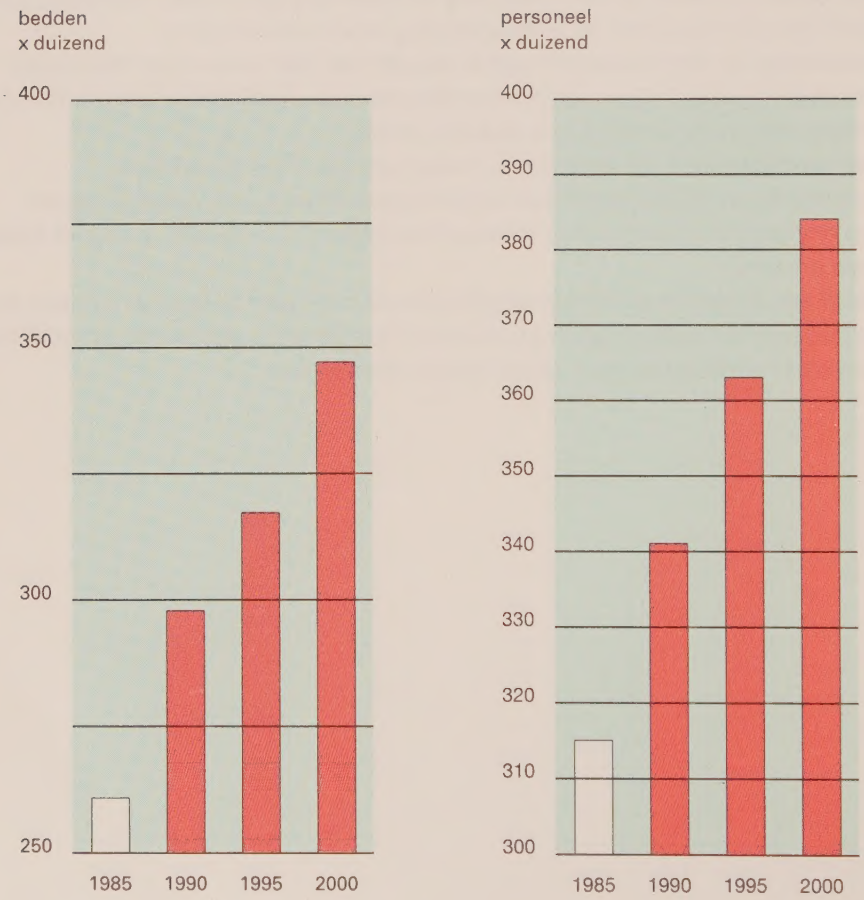
demografische projectie

De ontwikkeling 1981-1985

De demografische ontwikkeling, d.w.z. de groei en wijziging in de samenstelling van de bevolking, heeft in de periode 1981-1985 niet stilgestaan. De grafieken op de linker pagina laten zien, dat in die periode het voorzieningenpakket daarmee geen gelijke tred heeft gehouden. Financieel-economische omstandigheden dwongen tot dit beleid. Zo kon, gezien de verandering in de bevolkingssamenstelling, worden verwacht, dat de beddencapaciteit in verpleeghuizen van 1981 tot 1985 met een aantal van ruim 4.700 zou vermeerderen. In werkelijkheid zijn er minder dan de helft, bijna 2.000 bedden bijgekomen. De bejaardenoorden zagen hun beddenbestand inkrimpen met 167 bedden, terwijl bij de demografische ontwikkeling een groei van ruim 17.000 hoorde. De personeelsomvang heeft zich op een vergelijkbare wijze ontwikkeld.
Het zijn twee voorbeelden uit het aanbod van de zogenaamde 'zware' voorzieningen. Er wordt steeds meer naar lichtere zorg gevraagd, zorg thuis, zoals gegeven door bijvoorbeeld de wijkverpleging, het kruiswerk en de gezinsverzorging. Het kruiswerk heeft in de periode 1981 tot en met 1985 zowel financieel als qua personeel een behoorlijke groei doorgemaakt. Dat klopt dus met de demografie en de verschuiving naar thuiszorg.
De gezinsverzorging is er echter op achteruit gegaan. Terwijl gezien de demografische ontwikkeling drieduizend mensen meer nodig waren geweest gingen er vijftienhonderd af. Een totale achteruitgang van de capaciteit met meer dan tien procent.
Dit tekort werd onder meer opgevangen door de meerdere hulpverlening aan de groep ouderen ten koste te laten gaan van andere bevolkingsgroepen, minder hulp per oudere te verlenen en door goedkopere werkvormen.

Grafiek 5/6

Demografische projectie van aantallen bedden en personeel van 1985 tot 2000 (zie ook tabel 2)



De demografisch bepaalde ontwikkeling 1985-2000

Wanneer het zorgaanbod eenvoudig meegroeit met de demografische ontwikkeling in Nederland, zal er in het jaar 2000 uit collectieve middelen aan het betrokken voorzieningenpakket zeven miljard gulden meer moeten worden besteed dan in 1985. De demografische projecties laten zien dat een personeelsstijging van 22% en uitbreiding van de beddencapaciteit met 32% nodig zouden zijn. Indien ook nog rekening wordt gehouden met de opgelopen achterstand in de periode 1981-1985, dan stijgen deze cijfers tot 28% respectievelijk 46%.

Wanneer wordt hulp gevraagd?

De 65-plussers komen meer en meer voor zichzelf op. Ze weten beter dan vroeger wat ze willen en kunnen eisen. Zij nemen steeds meer actief deel aan de samenleving.
Aan welke voorzieningen behoefte is, wordt met name bepaald door persoonlijke omstandigheden. Zo speelt de individuele gezondheidstoestand een grote rol. Maar ook de woonsituatie is van invloed. Een huis zonder trappen en drempels biedt de mogelijkheid langer zelfstandig te wonen. Dat geldt voor winkels in de buurt ook. Wie langer zelfstandig wil blijven heeft een wat andere zorgbehoefte. Er is een tendens, te kiezen voor niet meer zorg dan echt nodig is, die bovendien zoveel mogelijk op de situatie is afgestemd. Dat is vaak een lichtere vorm van zorg. Er doet zich dan ook een verschuiving in de vraag voor:
- van zwaarder naar lichter;
- van langdurig naar korter;
- van intensiever naar minder intensief;
- van intramuraal naar semimuraal;
- van semimuraal naar ambulant/thuiszorg (extramuraal).

De hulpvraag wordt meer geschakeerd, wat leidt tot sterkere behoefte aan zorgpakketten op maat.

Plannen en werkelijkheid

Een stelsel van voorzieningen is niet van vandaag op morgen te veranderen. Daar is tijd en overleg voor nodig. Met vele factoren moet rekening worden gehouden. Zo zal de ontwikkeling van bouwplannen moeten inspelen op de situatie over een aantal jaren. Opleidingen moeten worden aangepast. Nieuwe beroepen en functies ontstaan, terwijl andere verdwijnen of ingrijpend wijzigen. Voor de nieuwe opleidingen moet belangstelling worden gewekt bij jongeren. Maar ook ouderen kunnen via herscholing werk in die nieuwe beroepen vinden. De medische technologie ontwikkelt zich met hoge snelheid. Steeds meer wordt mogelijk, niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook voor het wonen thuis. Denk bijvoorbeeld aan de uitbreiding van alarmeringssystemen.

Verschuivingen in het voorzieningenaanbod zijn nu al waarneembaar. Onderzoek wijst uit, dat slechts een kleine minderheid is aangewezen op dure voorzieningen als ziekenhuis, verpleeghuis of bejaardenoord. Bijna 90% van de ouderen in ons land woont zelfstandig. Tussen de 10% en 20% van hen krijgt hulp van de gezinsverzorging. Maar er is nog niet echt sprake van zorg op maat. Meer frequente en kortdurende hulpverleningsmogelijkheden zouden beter tegemoetkomen aan de zorgvraag. Bijvoorbeeld ondersteuning van maar een een uur per dag, maar dan wel vijf tot zeven dagen per week.
Enkele uren per dag een hulp in de huishouding of een gezinsverzorgster is goedkoper dan opname in een bejaardenoord, ziekenhuis of verpleeghuis.

Bijvoorbeeld

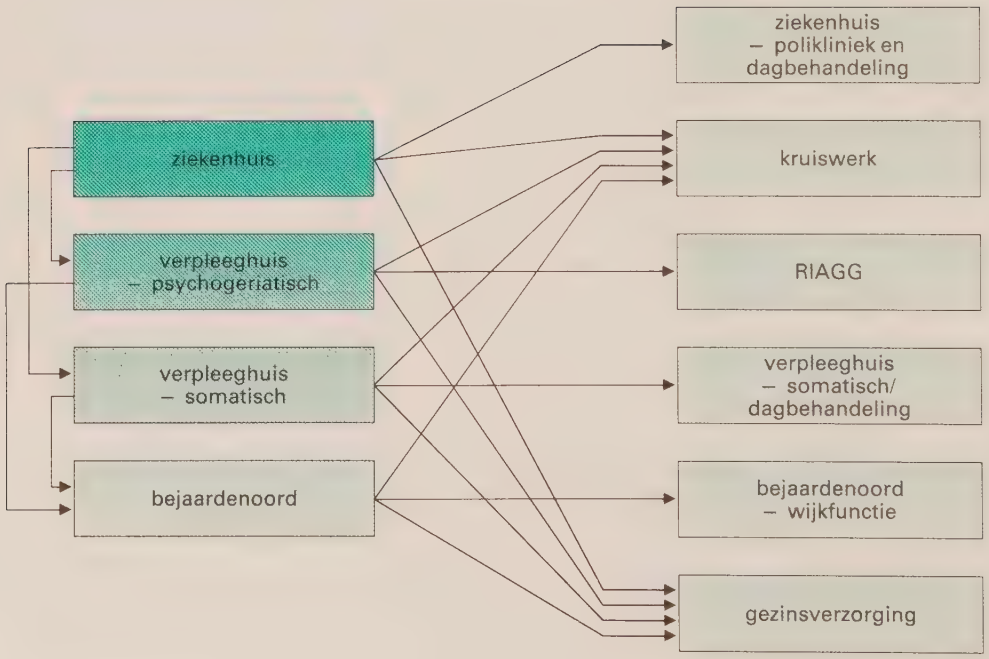
Neem nu mevrouw De Groot, 72 jaar oud. Zij woont alleen, kookt haar eigen maaltijden en haalt zelf haar boodschappen in huis. En zou niet anders willen. Maar het lot was haar niet gunstig gezind. Mevrouw De Groot kwam lelijk ten val. Zij brak haar pols en ontwrichtte haar schouder. In het ziekenhuis bleek een operatie nodig te zijn om de gecompliceerde breuk te zetten. Na twee weken kon mevrouw De Groot naar huis, mits zij daar werd verzorgd en dat kon, doordat de gezinsverzorging en wijkverpleging werden ingeschakeld. Eén keer per week werd in de polikliniek van het ziekenhuis gecontroleerd of pols en schouder naar behoren genazen. Mevrouw De Groot was thuis nog twaalf weken op verzorging aangewezen. De gezinsverzorgster kwam al die tijd twaalf uren per week, de wijkverpleegster één keer per dag. Tezamen met het wekelijkse bezoek aan de polikliniek kostte dat ƒ 8.800,–. Twaalf weken verpleging in het ziekenhuis kost ƒ 20.400,– en in een verpleeghuis ƒ 16.800,–. Mevrouw De Groot was thuis zoals zij het liefste wilde en zorg op maat bespaarde de samenleving vele duizenden guldens.*

Schuiven in het zorgaanbod

Natuurlijk kan het niet altijd zo als bij mevrouw De Groot. Wanneer er langer, meer en intensievere verzorging nodig is, kunnen de kosten van thuiszorg zelfs hoger worden dan die van het ziekenhuis, verpleeghuis of bejaardenoord. Dit zogenaamde 'omslagpunt' in de kosten moet in de gaten worden gehouden. Bij verschuivingen is uitgangspunt, dat het niveau van zorg voor iedere verzorgde gelijk blijft. Financiële besparingen kunnen worden bereikt door de cliënten zo te verzorgen of te behandelen, dat de kosten zo laag mogelijk zijn. Verschuivingen hebben daarom plaats van de relatief dure intramurale sector naar de in verhouding goedkopere semi- en extramurale sectoren. Deze substituties zijn weergeven in het 'substitutiemodel' op de volgende pagina. Substitutie kan alleen worden gerealiseerd wanneer de extramurale- en semimurale zorg daadwerkelijk wordt versterkt.
De opnamecapaciteit van intramurale voorzieningen kan niet minder worden voordat extramurale voorzieningen meer zorg thuis kunnen bieden.
Dan is een geringere groei van het aantal bedden in de intramurale sector nodig. Dit aantal kan dus achterblijven bij de capaciteit die volgens de demografische

* Voor 12 uur gezinsverzorging per week moest zij een eigen bijdrage van ƒ 3,– per week betalen. Als zij geen lid was geweest van een kruisvereniging, had zij voor de wijkverpleegster eenmalig per jaar een bedrag van ƒ 97,– moeten betalen.

Substitutiemodel



De pijlen in het model geven aan hoe de zorgcapaciteit verschuift van 'zware' naar lichtere voorzieningen.

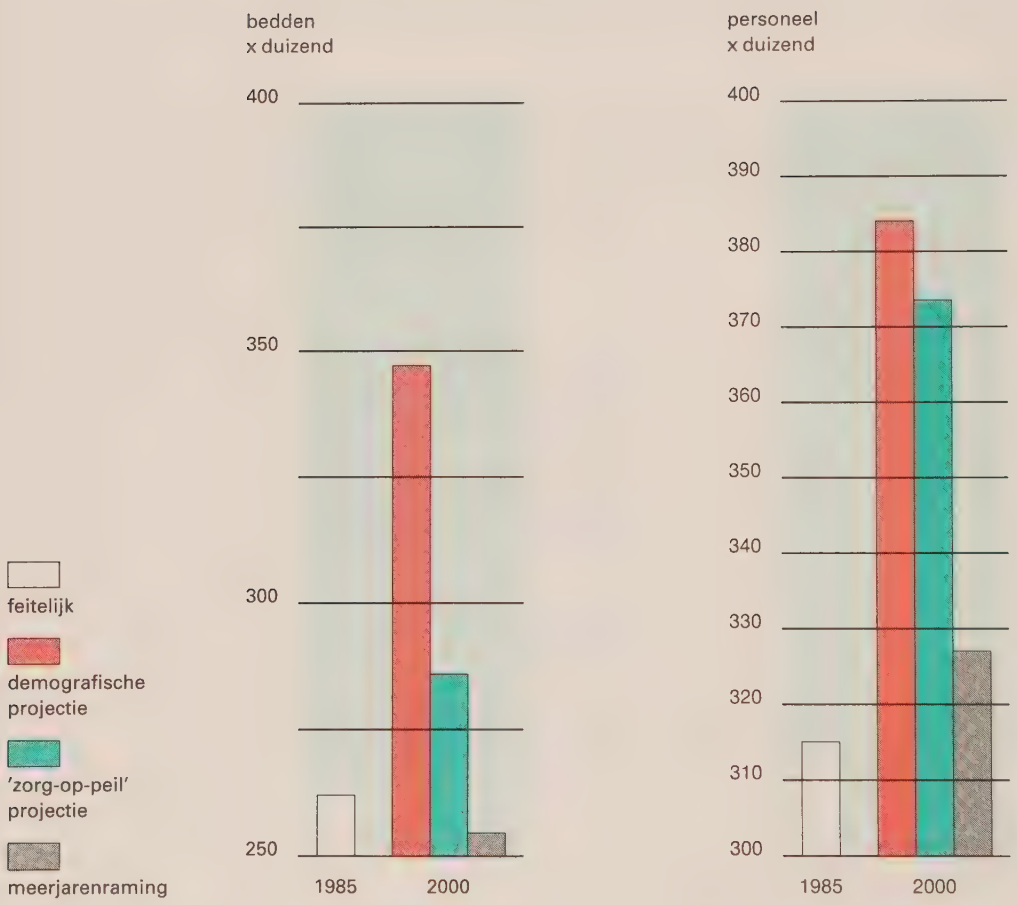
ontwikkeling nodig zou zijn. In diverse nota's zijn maatregelen uiteengezet om substitutie in de praktijk mogelijk te maken.
Het verschuiven van in verhouding lichte intramurale cliënten naar de extramurale sector leidt ertoe, dat in beide sectoren de gemiddelde zorgbehoefte stijgt. In de intramurale sector blijven immers de relatief zware cliënten over, terwijl de extramurale sector er voor deze sector in verhouding zware cliënten bijkrijgt.
Toch blijven de gemiddelde kosten per cliënt extramuraal beduidend lager dan bij intramurale opname.

Samenwerken

Om verschuivingen in het zorgaanbod te realiseren is het nodig dat instellingen samenwerken en hun activiteiten op elkaar afstemmen. Bijvoorbeeld in de intramurale sector de bejaardenoorden en de verpleeghuizen en in de extramurale sector het kruiswerk, de gezinsverzorging en de huisartsen. Daarin kan nog veel worden verbeterd.
Bewoners van een bejaardenoord zouden zonodig voor dagbehandeling naar een verpleeghuis kunnen gaan. Gespecialiseerde medewerkers van het verpleeghuis, zoals activiteitenbegeleiders, ergo- en fysiotherapeuten, kunnen tevens worden ingezet in de bejaardenoorden. Uitwisseling van kennis, ervaring en mankracht op allerlei gebieden is mogelijk.

Grafiek 7/8

Ontwikkeling van aantallen bedden en personeel van 1985 tot 2000
(zie ook tabel 7)



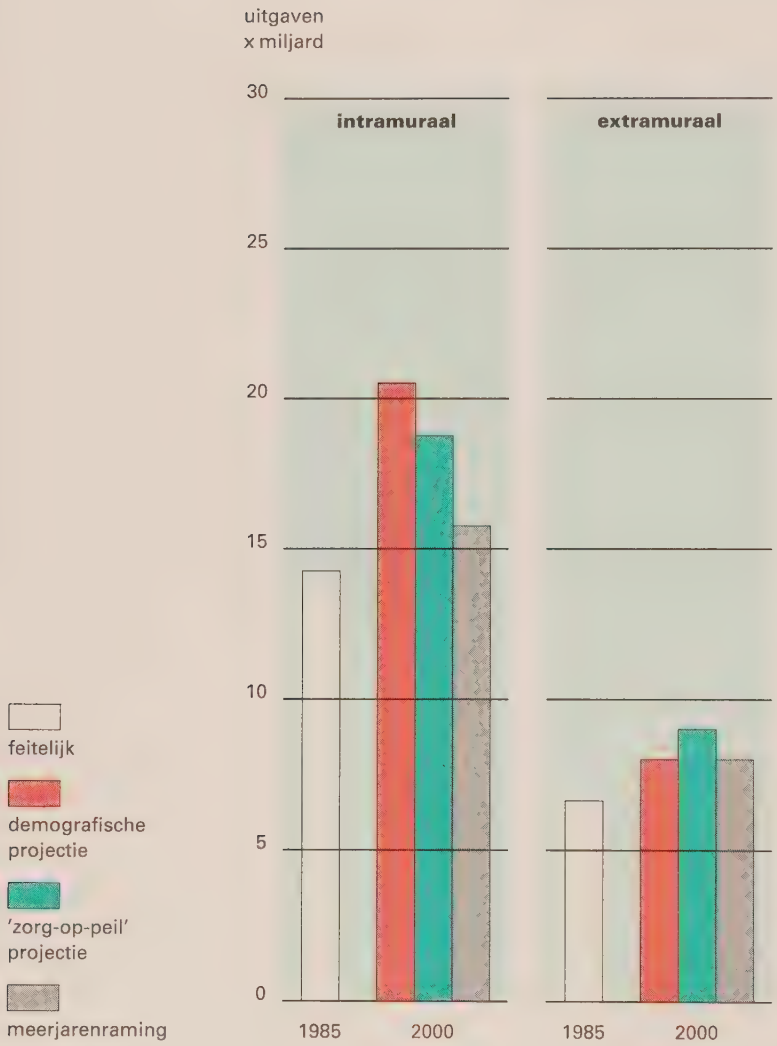
Financiële besparingen

De verschuiving in het aanbod van voorzieningen levert uiteindelijk financiële besparingen op. Zonder deze structurele veranderingen zouden de collectieve uitgaven van de tien betrokken zorgvoorzieningen in het jaar 2000 circa 28,5 miljard gulden bedragen. Dat is zeven miljard meer dan nu. Het aangepaste voorzieningenpakket kost in het jaar 2000 circa 27,1 miljard gulden, 1,4 miljard minder dus. In deze zorg-op-peil-projectie wordt het huidige zorgniveau tegen de laagst mogelijke kosten aangeboden. Ondanks de vergrijzing, en dus gemiddeld grotere zorgvraag, blijft in deze projectie 'de zorg op peil'.

Verschuiven in het zorgaanbod kost bedden. Het verdwijnen van bedden in ziekenhuizen of verpleeghuizen is niet erg, wanneer er meer thuiszorg beschikbaar is. Een voorbeeld: gezien de demografische ontwikkeling zou het aantal bedden in verpleeghuizen tot 1990 met ongeveer zevenduizend moeten worden uitgebreid. Er zijn echter maar zestienhonderd bedden meer nodig dan nu, indien de semi- en extramurale zorg daadwerkelijk worden versterkt, bejaardenoorden en verpleeghuizen meer samenwerken en de personeelsinzet in deze sectoren aanmerkelijk wordt opgevoerd. Vergelijking van kosten leert dat dit goedkoper is dan de oorspronkelijk benodigde vermeerdering van het aantal bedden in verpleeghuizen.
De meerjarenraming in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1985, die inzicht geeft in de ontwikkeling van de collectieve uitgaven bij zogeheten ongewijzigd beleid, laat een ander beeld zien. De gezinsverzorging zal volgens deze raming in 1990 evenveel personeel hebben als in 1985 en niet 9.000 mensen meer. Bejaardenoorden hebben in 1990 zelfs minder personeel en bedden dan in 1985. Zonder aanpassing van deze meerjarenraming zal het niveau van de zorg dalen en wordt voorbijgegaan aan de gewijzigde behoefte aan zorg.

Grafiek 8

Ontwikkeling van collectieve uitgaven uitgesplitst naar intra- en extramurale voorzieningen van 1985 tot 2000



Blijft zorg betaalbaar?

Verschuivingen in het aanbod maken het mogelijk minder uit te geven dan louter demografisch gezien nodig zou zijn. Dezelfde kwaliteit, maar tegen een wat geringer bedrag. Ondanks alle beleidsinspanningen kost de zorg in het jaar 2000 aan de overheid dan toch nog 5,8 miljard gulden méér dan nu. Dit betekent, dat jaarlijks 400 miljoen extra nodig is, ofwel ca. 0,11% van het netto nationale inkomen.
Indien bovendien de in de jaren 1981-1985 opgelopen achterstand ingelopen zou moeten worden, is tot 1990 nog eens een bedrag van 400 miljoen per jaar extra nodig. Deze middelen zullen in de collectieve sfeer gevonden moeten worden.
Dat kan doordat, gezien de demografische ontwikkeling in meer op jongeren gerichte sectoren, elders minder geld beschikbaar hoeft te zijn. Maar ook een deel van de economische groei zou daaraan kunnen worden besteed.
Of deze middelen al of niet beschikbaar kunnen worden gesteld, hangt er onder andere van af hoe onze economie zich ontwikkelt.
Eén procent economische groei verhoogt het nationaal inkomen met circa 3,8 miljard gulden in één jaar. Thans wordt voor de komende jaren een groei geraamd van circa 2%, dat is dus zo'n 7,5 miljard gulden. Meer dan de helft van deze groei vloeit toe aan de collectieve sector.
Wanneer de komende jaren een gedeelte van die groei van de collectieve middelen wordt bestemd voor de zorg voor ouderen dan blijft de zorg op peil. Zorg voor de toekomst betekent dat de politiek beslissingen moet nemen.

Tenslotte . . .

Nu zijn er 1,5 miljoen mensen ouder dan 65 jaar. Wanneer straks de generatie van na de oorlog met pensioen gaat, verdubbelt dat aantal tot drie miljoen. De toenemende vergrijzing is een gegeven. Elk van ons wordt daarmee, vaak al in de directe eigen omgeving, geconfronteerd. Deze brochure geeft kort en bondig aan onder welke financiële en andere voorwaarden de samenleving in staat is de ouderen ook in de toekomst de nodige hulp- en dienstverlening te bieden, waarbij het peil blijft gehandhaafd. Daarbij wordt uitgegaan van belangrijke veranderingen in het voorzieningenaanbod. Het ministerie van WVC heeft concrete plannen ontwikkeld om te zorgen dat de ouderen kunnen blijven rekenen op de zorg die hen toekomt. Deze plannen zijn afgestemd op de behoeften en wensen van ouderen. Of die plannen werkelijkheid worden hangt af van de politiek.

Tabel 1

Demografisch bepaalde volume-ontwikkeling 1981-1985

P = personeel (x 1.000) C = bedden (x 1.000)		(1) 1981 feite- lijk	(2) demogr. toename 1981-1985	(3) 1985 demogr. bepaald	(4) 1985 feite- lijk	(5) tekort (−) oversch. (+) (4)−(3)	(6) (5) als % van (4)
1. Ziekenhuizen	P	132,9	+ 2 %	135,5	131,2	− 4,3	− 3 %
	C	72,8	+ 2 %	74,3	67,8	− 6,5	− 10 %
2. Verpleeghuizen	P	47,7	+ 10 %	52,4	50,1	− 2,3	− 5 %
	C	47,2	+ 10 %	51,9	49,2	− 2,8	− 6 %
3. Specialisten	P	6,4	+ 3 %	6,6	6,9	+ 0,3	+ 4 %
4. Geneesmiddelen	P	7,3	+ 3 %	7,6	8,6	+ 1,0	+ 12 %
5. Huisartsen	P	5,4	+ 3 %	5,6	5,8	+ 0,2	+ 4 %
6. Tandartsen	P	5,6	+ 1 %	5,6	6,4	+ 0,8	+ 13 %
7. Uitw. geneesw.	P	6,3	+ 4 %	6,5	7,6	+ 1,1	+ 16 %
8. Kruiswerk	P	8,0	+ 4 %	8,3	9,2	+ 0,9	+ 10 %
9. Bejaardenoorden	P	50,8	+ 12 %	56,9	49,7	− 7,2	− 14 %
	C	143,8	+ 12 %	161,0	143,6	− 17,4	− 12 %
10. Gezinsverzorging	P	41,5	+ 7 %	44,4	40,0	− 4,4	− 11 %
Totaal	P	311,8	+ 5,7%	329,5	315,6	− 13,8	− 4 %
	C	263,8	+ 8,9%	287,2	260,6	− 26,6	− 10,2%

Tabel 2

Demografisch bepaalde volume-ontwikkeling 1985-2000

P = personeel (x 1.000) C = bedden (x 1.000)		(1) 1985 feitelijk	(2) 1990 demogr.	(3) 2000 demogr.	(4) groei 1985-2000
1. Ziekenhuizen	P	131,2	136,5	147,0	+ 12%
	C	67,8	70,5	76,0	+ 12%
2. Verpleeghuizen	P	50,1	57,2	66,7	+ 33%
	C	49,2	56,0	65,4	+ 33%
3. Specialisten	P	6,9	7,1	7,5	+ 8%
4. Geneesmiddelen	P	8,6	8,9	9,5	+ 11%
5. Huisartsen	P	5,8	6,0	6,4	+ 9%
6. Tandartsen	P	6,4	6,4	6,4	− 1%
7. Uitw. geneesw.	P	7,6	8,0	8,5	+ 13%
8. Kruiswerk	P	9,2	10,0	11,1	+ 20%
9. Bejaardenoorden	P	49,7	57,6	70,5	+ 42%
	C	143,6	16,60	203,9	+ 42%
10. Gezinsverzorging	P	40,0	44,0	52,0	+ 30%
Totaal*	P	315,6	341,8	385,6	+ 22%
	C	260,6	293,1	345,2	+ 32%

* Wordt echter rekening gehouden met het compenseren van het demografisch tekort 1981-1985, dan moet het personeelsvolume in de periode 1985-2000 toenemen met 28% (tot 405.000).

Tabel 3

Demografisch bepaalde ontwikkeling van de collectieve uitgaven 1981-1985 (mln. guldens, constante prijzen 1985)*

	(1) 1981 feite-lijk	(2) demogr. toename 1981-1985	(3) 1985 demogr. bepaald	(4) 1985 feite-lijk	(5) tekort (−) oversch. (+) (4)−(3)	(6) (5) als % van (4)
1. Ziekenhuizen	8.933	+ 2 %	9.112	8.480	− 632	− 7%
2. Verpleeghuizen	3.483	+ 10 %	3.831	3.490	− 341	− 10%
3. Specialisten	1.090	+ 3 %	1.123	970	− 153	− 16%
4. Geneesmiddelen	2.060	+ 3 %	1.778	1.820	+ 42	+ 2%
5. Huisartsen	1.008	+ 3 %	1.038	970	− 68	− 7%
6. Tandartsen	794	+ 1 %	802	760	− 42	− 6%
7. Uitw. geneesw.	599	+ 4 %	623	610	− 13	− 2%
8. Kruiswerk	581	+ 4 %	604	640	+ 36	+ 6%
9. Bejaardenoorden	2.294	+ 12 %	2.569	2.270	− 299	− 13%
10. Gezinsverzorging	1.459	+ 7 %	1.561	1.330	− 231	− 17%
Totaal	22.301	+ 3,3%	23.041	21.340	− 1.701	− 8%

* De verhouding tussen de collectieve uitgaven en de exploitatiekosten is hier, en in de navolgende tabellen, gelijkgesteld aan die voor de betreffende voorziening in 1985, met een uitzondering voor de voorziening Geneesmiddelen in 1981 (in verband met de introductie van de 'medicijnknaak' in 1983). Daardoor dalen de collectieve uitgaven voor Geneesmiddelen, ondanks de 3% demografische toename.

Tabel 4

Demografisch bepaalde ontwikkeling van de collectieve uitgaven 1985-2000 (mln. guldens, constante prijzen 1985)

	(1) 1985 feitelijk	(2) 1990 demogr.	(3) 2000 demogr.	(4) groei 1985-2000
1. Ziekenhuizen	8.480	9.375	11.166	+ 32%
2. Verpleeghuizen	3.490	4.146	5.099	+ 46%
3. Specialisten	970	999	1.048	+ 8%
4. Geneesmiddelen	1.820	1.893	2.020	+ 11%
5. Huisartsen	970	999	1.057	+ 9%
6. Tandartsen	760	760	752	− 1%
7. Uitw. geneesw.	610	647	689	+ 13%
8. Kruiswerk	640	691	768	+ 20%
9. Bejaardenoorden	2.270	2.978	4.201	+ 85%
10. Gezinsverzorging	1.330	1.463	1.729	+ 30%
Totaal*	21.340	23.951	28.529	+ 34%

* Wordt daarentegen rekening gehouden met het wegwerken van het demografisch tekort 1981-1985, dan groeien de collectieve uitgaven tot het jaar 2000 met 42% (tot 30,2 miljard gulden).

Tabel 5

Zorg-op-peilprojectie 1985-2000 van collectieve uitgaven en exploitatiekosten (mln. guldens, constante prijzen 1985)

	(1) collect. uitg. 1985 feit.	(2)* exploit.-kosten 1985 feit.	(3) collect. uitg. 1990	(4)* exploit-. kosten 1990	(5) collect. uitg. 2000	(6)* exploit.-kosten 2000	(7) groei collect. uitgaven 1985-2000
1. Ziekenhuizen	8.480	10.865	8.864	11.358	9.831	12.604	+ 16%
2. Verpleeghuizen	3.490	3.490	3.978	3.978	4.773	4.773	+ 37%
3. Specialisten	970	1.845	999	1.900	1.048	1.993	+ 8%
4. Geneesmiddelen	1.820	3.386	1.893	3.521	2.020	3.758	+ 11%
5. Huisartsen	970	1.474	1.040	1.583	1.113	1.692	+ 15%
6. Tandartsen	760	1.701	760	1.701	752	1.683	− 1%
7. Uitw. geneesw.	610	819	647	868	689	925	+ 13%
8. Kruiswerk	640	701	774	846	911	995	+ 42%
9. Bejaardenoorden	2.270	4.070	2.839	4.755	3.837	5.985	+ 69%
10. Gezinsverzorging	1.330	1.487	1.641	1.835	2.119	2.369	+ 59%
Totaal	21.340	29.838	23.435	32.345	27.093	36.777	+ 27%

* De bedragen in de kolommen exploitatiekosten worden niet geheel uit collectieve middelen betaald.

Tabel 6

Vergelijking ontwikkeling collectieve uitgaven 1990 en 2000 volgens demografische projectie, zorg-op-peilprojectie en voor 1990 volgens meerjarenraming 1985 (collectieve uitgaven; in mln. guldens, constante prijzen 1985)

	1990					2000		
	meerjarenraming 1985	demogr. projectie	zorg-op-peilprojectie	tekort (−) overschot (+)*	verschuivingen **	demogr. projectie	zorg-op-peilprojectie	verschuivingen **
1. Ziekenhuizen	8.864	9.375	8.864	0	− 511	11.166	9.831	− 1.335
2. Verpleeghuizen	3.745	4.146	3.978	− 233	− 168	5.099	4.773	− 326
3. Specialisten	994	999	999	− 5	0	1.048	1.048	0
4. Geneesmiddelen	1.831	1.893	1.893	− 62	0	2.020	2.020	0
5. Huisartsen	1.048	999	1.040	+ 8	+ 41	1.057	1.113	+ 56
6. Tandartsen	815	760	760	+ 55	0	752	752	0
7. Uitw. geneesw.	655	647	647	+ 8	0	689	689	0
8. Kruiswerk	717	691	774	− 57	+ 83	768	911	+ 143
9. Bejaardenoorden	2.420	2.978	2.839	− 419	− 139	4.201	3.837	− 364
10. Gezinsverzorging	1.330	1.463	1.641	− 311	+ 178	1.729	2.119	+ 390
Totaal	22.419	23.951	23.435	− 1.016	− 516	28.529	27.093	− 1.436

* Meerjarenraming minus zorg-op-peilprojectie.
** Zorg-op-peilprojectie minus demografische projectie.

Tabel 7

Vergelijking volume-ontwikkeling 1990 en 2000 volgens demografische projectie, zorg-op-peilprojectie en voor 1990 volgens meerjarenraming 1985

		1990					2000		
P = personeel (x 1.000) C = bedden (x 1.000)		meer-jaren-raming 1985	demo-gr. pro-jectie	zorg-op-peil-pro-jectie	tekort (−) over-schot (+)*	ver-schui-vingen **	demo-gr. pro-jectie	zorg-op-peil pro-jectie	ver-schui-vingen **
1. Ziekenhuizen	P	131,5	136,5	131,7	− 0,2	− 4,8	147,0	131,5	− 15,5
	C	62,0	70,5	62,0	0	− 8,5	76,0	60,5	− 15,5
2. Verpleeghuizen	P	51,6	57,2	54,7	− 3,1	− 2,5	66,7	61,8	− 4,9
	C	51,5	56,0	50,8	+ 0,7	− 5,2	65,4	54,9	− 10,5
3. Specialisten	P	7,3	7,1	7,1	+ 0,2	0	7,5	7,5	0
4. Geneesmiddelen	P	8,6	8,9	8,9	− 0,3	0	9,5	9,5	0
5. Huisartsen	P	6,3	6,0	6,7	− 0,4	+ 0,7	6,4	7,2	+ 0,8
6. Tandartsen	P	6,9	6,4	6,4	+ 0,5	0	6,4	6,4	0
7. Uitw. geneesw.	P	8,0	8,0	8,0	0	0	8,5	8,5	0
8. Kruiswerk	P	10,3	10,0	10,8	− 0,5	+ 0,8	11,1	12,7	+ 1,6
9. Bejaardenoorden	P	49,0	57,6	55,3	− 6,3	− 2,3	70,5	65,6	− 4,9
	C	141,6	166,6	152,8	− 11,2	− 13,8	203,9	171,3	− 32,6
10. Gezinsverzorging	P	40,0	44,0	49,5	− 9,5	+ 5,5	52,0	63,8	+ 11,8
Totaal	P	319,5	341,8	339,1	− 19,6	− 2,7	385,6	374,5	− 11,1
	C	255,1	293,1	265,5	− 10,4	− 27,6	345,2	286,7	− 58,5

* Van meerjarenraming minus zorg-op-peilprojectie.
** Zorg-op-peilprojectie minus demografische projectie.

Literatuur

Bt th
1405
1201
636
566

Nota 'Zorg voor Ouderen', Tweede Kamer der Staten-Generaal.
Vergaderjaar 1985-1986, nr. 19434.

Brochure 'Verzorgingstehuis of meer zorg thuis', Rijswijk, maart 1986.
(Verkrijgbaar bij Distributiecentrum Overheidspublicaties, Den Haag).

Scenariorapport 'Ouder worden in de toekomst': Scenario's over gezondheid en vergrijzing, uitgeverij J. van Arkel, Utrecht, 1986.

Nota 2000: Uitgangspunten voor de ontwikkeling van het beleid met betrekking tot de volksgezondheid, Tweede Kamer der Staten Generaal.
Vergaderjaar 1985-1986, nr. 19500.

Collectieve uitgaven en demografische ontwikkeling, 1970-2030, SCP-cahier 38, Rijswijk, 1984.

Vergrijzing, ontgroening en collectieve uitgaven: Resultaten op basis van de CBS-bevolkingsprognose, Stukwerk nr. 33, SCP, Rijswijk, september 1985.

Kosten en financiering van bejaardenvoorzieningen, 1981-1991, SCP-cahier 39, Rijswijk, 1984.

Varianten van substitutie: hun betekenis, toepassing en opbrengst, NIMAWO, Den Haag, oktober 1985.

Heroverwegingsrapport 'Demografische veranderingen en de ontwikkeling van de collectieve sector'. Verschijnt naar verwachting mei 1986 bij het ministerie van Financiën.

De brochure is schriftelijk aan te vragen bij de Afdeling Voorlichting, ministerie van WVC, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

Produktie Centrale directie, Voorlichting, Documentatie en Bibliotheek van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

W V C

Het aantal ouderen zal de komende decennia in Nederland sterk toenemen.
Het ministerie van WVC wil de zorg aan ouderen op peil houden, want hulp in ziekenhuizen en bejaardenoorden, door wijkverpleegster, gezinsverzorgster en huisarts blijft nodig.
De komende jaren zal die zorg meer aan huis gegeven worden. Want ouderen blijven het liefst zo lang mogelijk thuis wonen en zorg aan huis is meestal goedkoper.
In deze brochure wordt in vogelvlucht geschetst wat de plannen van het ministerie van WVC zijn en wat die gaan kosten.
Een aantal grafieken en tabellen geven ook gedetailleerde informatie.

Tekst: N. v.d. Pol. Omslagontwerp: Bau Winkel. Druk: Opmeer Offset b.v. 's-Gravenhage.

VOB 86-089